



**Percorso di Salute Diagnostico
Terapeutico Assistenziale**

Carcinoma Paratiroideo

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

SOMMARIO

1.	Introduzione e presentazione del Documento	Pag. 1
2.	Redazione	Pag. 1
3.	Lista di distribuzione	Pag. 1
4.	Gruppo di Lavoro e Coordinamento	Pag. 4
5.	Glossario, terminologia e abbreviazioni	Pag. 6
6.	Scopo	Pag. 6
7.	Analisi del problema oggetto del PSDTA	Pag. 6
8.	Letteratura scientifica di riferimento	Pag. 7
9.	Contesto organizzativo di riferimento in cui si sviluppa il PSDTA	Pag. 8
10.	Criteri di ingresso	Pag. 8
11.	Descrizione dello sviluppo complessivo del PSDTA	Pag. 9
12.	Rappresentazione in forma sintetica del PSDTA	Pag. 13
13.	Diffusione ed implementazione del PSDTA	Pag. 14
14.	Verifica dell'applicazione ed indicatori	Pag. 14
15.	Aggiornamento	Pag. 14
16.	Archiviazione	Pag. 14
17.	Riferimenti bibliografici	Pag. 15
18.	Allegati	Pag. 15

1. INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

La condivisione di percorsi di salute diagnostici terapeutici e assistenziali (PSDTA) rappresenta un elemento fondamentale di governance delle Reti Oncologiche. Tale processo mira a garantire qualità ed efficienza della gestione delle patologie oncologiche e a rendere omogeneo su tutto il territorio della Rete il percorso del paziente, garantendo l'effettiva presa in carico dei bisogni "globali" del paziente. La definizione del PSDTA garantisce anche una corretta allocazione di risorse indispensabile per rendere governabile il sistema ed il miglioramento costante dell'offerta terapeutica attraverso il monitoraggio di indicatori e procedure di audit interni ed esterni.

2. REDAZIONE

La stesura del PSDTA "matrice" (o PSDTA Regionale) è delegata dall'Assessorato alla Salute delle Regioni Piemonte e Valle d'Aosta alla Rete Oncologica. La Rete definisce, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la sequenza delle procedure necessarie perché la gestione della patologia sia omogenea su tutto il territorio e abbia caratteristiche di qualità, efficienza, appropriatezza, multidisciplinarietà e multi-professionalità.

Alle Direzioni Aziendali è affidato il compito di descrivere il PSDTA così come viene applicato localmente e di garantire che le procedure indicate siano disponibili, accessibili e dotate delle caratteristiche richieste.

La verifica della adeguatezza del percorso viene effettuata annualmente attraverso:

- la compilazione dei moduli inclusi nel presente documento
- la restituzione dei dati indicati come "indicatori"
- lo svolgimento di audit specifici e l'analisi della documentazione clinica disponibile

Stato della revisione			
N.	Data	Modifiche	Autori
00	31.05.2026	Prima emissione	GdS tumori della tiroide e delle ghiandole endocrine

3. LISTA DISTRIBUZIONE

Medici di Medicina Generale
Aziende Sanitarie: Direttori Generali e Direttori Sanitari
Direttori di UOC e USD e Responsabili delle funzioni interessate: Responsabili CAS e GIC con preghiera di diffusione, CPO
Organizzazioni di Volontariato (ODV) di riferimento per patologia e territorio
Istituzioni: Ordine dei Medici, Ordine Professioni Sanitarie, Ordine Farmacisti, Ordine Psicologi, Ordine Assistenti Sociali

4. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

COORDINATORI

Cognome	Nome	Ruolo	Sede
Arvat	Emanuela	Direttore SCU Endocrinologia Oncologica	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Pellerito	Riccardo Emanuele	Direttore SC Medicina Nucleare	AO Ordine Mauriziano di Torino
Ragni	Alberto	SC Endocrinologia e Malattie Metaboliche	AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
Razzore	Paola	SC Endocrinologia	AO Ordine Mauriziano di Torino

GRUPPO DI LAVORO

Cognome	Nome	Struttura di appartenenza	Sede
Aluffi Valletti	Paolo	ORL	AOU Maggiore della Carità Novara
Arecco	Federico	Endocrinologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Bertone	Fabio	ORL	ASL Biella
Bili	Giovanni Maria	Radiologia	ASL TO5 Chieri
Bondi	Stefano	ORL	IRCCS Candiolo
Borasi	Andrea	Chirurgia	Humanitas Gradenigo
Bosso	Maria Chiara	Chirurgia	ASL CN2
Bossotti	Maurizio	Chirurgia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Bramardi	Fabio	ORL	AO S.Croce Carle e Cuneo
Busti	Arianna	Endocrinologia	ASL Vercelli
Caracciolo	Alessandra	Chirurgia ORL	AO Ordine Mauriziano di Torino
Cestino	Luca	Chirurgia	ASL Città di Torino
Daniele	Lorenzo	Anatomia patologica	AO Ordine Mauriziano di Torino
Finessi	Monica	Medicina Nucleare	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Gatti	Gaia	Anatomia patologica	ASL TO4
Gervasio	Carmine Fernando	ORL	ASL Biella
Ghione	Francesco	Radiologia	ASL Alessandria

Grottoli	Silvia	Endocrinologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Landra	Marino	Chirurgia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Lauro	Corrado	Chirurgia	IRCCS Candiolo
Leva	Lucia Maddalena	Medicina nucleare	AOU Maggiore della Carità Novara
Massa	Federica	Anatomia patologica	AOU S.Luigi Orbassano
Massimetti	Emanuela Candida	Endocrinologia	ASL Biella
Mauri	Maria Grazia	Endocrinologia	AOU Maggiore della Carità Novara
Pagano	Loredana	Endocrinologia	AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Pellegrino	Micaela	Endocrinologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Pia	Anna Rosa	Endocrinologia	AO S.Croce e Carle Cuneo
Poli	Roberta	Endocrinologia	AOU S.Luigi Orbassano
Puligheddu	Barbara	Endocrinologia	Humanitas Gradenigo
Quaglino	Francesco	Chirurgia	ASL Città di Torino
Ricci	Eugenia	ORL	ASL TO5
Rossi	Claudio	Endocrinologia	ASL Città di Torino
Santos Pereira	Poliana	Anatomia patologica	ASL Città di Torino
Scardilli	Marcella	Chirurgia	ASL Novara

Associazioni pazienti che hanno contribuito :

- **F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia**

5. GLOSSARIO, TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONE

Termine	Significato
CAS	Centro Accoglienza e Servizi. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, il CAS è la struttura deputata alla presa in carico iniziale di un paziente con sospetto di neoplasia. Predisposti gli esami diagnostici essenziali sulla base del sospetto, il CAS indirizza il paziente verso il Gruppo Interdisciplinare Cure specialistico
GIC	Gruppi Interdisciplinari Cure. Nel modello organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, i GIC sono gruppi multispecialistici e multiprofessionali che prendono in carico il paziente con diagnosi oncologica e mettono a punto il programma terapeutico, secondo lo stato dell'arte
Stadio	È una misura riassuntiva dell'entità di malattia, che combina il diametro tumorale (T), con lo stato dei linfonodi ascellari omolaterali (N) e la presenza o meno di metastasi sistemiche (M). Nella malattia non metastatica, si distingue in stadio clinico (desunto dagli esami diagnostici) e stadio patologico, desunto dall'esito dell'esame istopatologico definitivo
MMG	Medico di Medicina Generale
CP	Carcinoma paratiroideo

6. SCOPO

Obiettivo del PSDTA è garantire a tutti i pazienti affetti da carcinoma paratiroideo un iter personalizzato in tutte le fasi della malattia, attraverso un continuum di azioni basate sulle più recenti evidenze scientifiche e sui bisogni del singolo paziente, con l'obiettivo di ottenere la migliore sopravvivenza e qualità di vita del paziente.

7. ANALISI DEL PROBLEMA OGGETTO DEL PSDTA

Il carcinoma paratiroideo (CP) è un'entità clinica rara, rappresentando circa l'1% delle cause di iperparatiroidismo primitivo; ha una incidenza $<1/1.000.000$ /anno. L'età mediana di insorgenza del CP è di 57 anni circa, con una distribuzione omogenea tra i sessi. Esso può presentarsi in forma sporadica o, più raramente, far parte di sindromi genetiche come MEN1, MEN2A, iperparatiroidismo familiare isolato, HPT-JT.

Il CP ha un andamento indolente e lentamente progressivo e tende a recidivare localmente con invasione delle strutture circostanti (dal 25% fino all'80% dei casi); raramente metastatizza ai linfonodi loco-regionali ($<5\%$) o a distanza ($<2\%$) nel polmone, talora nelle ossa e nel fegato. La recidiva si manifesta di solito con un'ipercalcemia, sintomatica o meno, e ha un tempo di comparsa variabile. Una volta che il CP metastatizza la prognosi è infausta. La mortalità è generalmente secondaria alle complicanze legate all'ipercalcemia piuttosto che all'invasività e metastatizzazione tumorale.

Le manifestazioni cliniche del CP sono dominate principalmente dai segni e sintomi dell'ipercalcemia legata all'eccessiva secrezione di PTH. La diagnosi e la gestione del CP sono difficili in considerazione dell'assenza di caratteristiche cliniche e biochimiche specifiche che permettano di differenziarlo in modo sicuro da altre forme di iperparatiroidismo primario. Questo può pertanto portare ad un ritardo diagnostico che a sua volta può inficiare una corretta gestione terapeutica (in particolar modo chirurgica) del CP.

In generale, il rischio di recidiva complessivo è di circa il 50%. La sopravvivenza dei pazienti affetti da CP a 5 anni dalla diagnosi varia tra il 60 e il 93%.

8. LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Roser P, Leca BM, Coelho C, et al. Diagnosis and management of parathyroid carcinoma: a state-of-the-art review. *Endocr Relat Cancer*. 2023;30(4):e220287. doi:10.1530/ERC-22-0287
- Al-Kurd A, Mekel M, Mazeh H. Parathyroid carcinoma. *Surg Oncol*. 2014;23(2):107-114. doi:10.1016/j.suronc.2014.03.005
- McInerney NJ, Moran T, O'Duffy F. Parathyroid carcinoma: Current management and outcomes - A systematic review. *Am J Otolaryngol*. 2023;44(4):103843. doi:10.1016/j.amjoto.2023.103843
- Cetani F, Pardi E, Marcocci C. Parathyroid carcinoma. *Front Horm Res*. 2019;51:63-76. doi:10.1159/000491039
- Liu J, Zhan WW, Zhou JQ, Zhou W. Role of ultrasound in the differentiation of parathyroid carcinoma and benign parathyroid lesions. *Clin Radiol*. 2020;75(3):179-184. doi:10.1016/j.crad.2019.10.004
- Itani M, Middleton WD. Parathyroid imaging. *Radiol Clin North Am*. 2020;58(6):1071-1083. doi:10.1016/j.rcl.2020.07.006
- Petranović Ovčariček P, Giovanella L, Carrió Gasset I, et al. The EANM practice guidelines for parathyroid imaging. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2021;48:2801–2822.
- Lloyd R, Osamura R, Klöppel G, Rosai J, eds. *WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs*. 4th ed. Lyon, France: IARC Press; 2017.
- Mc Donald D, Drake MT, Crowley RK. Treatment of hypercalcaemia of malignancy in adults. *Clin Med (Lond)*. 2023;23(5):503-507. doi:10.7861/clinmed.2023-0227
- Ullah A, Khan J, Waheed A, et al. Parathyroid carcinoma: incidence, survival analysis, and management: a study from the SEER database and insights into future therapeutic perspectives. *Cancers (Basel)*. 2022;14(6):1432. doi:10.3390/cancers14061432

9. CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO IN CUI SI SVILUPPA IL PSDTA

La Regione Piemonte ha identificato con delibera del 23 novembre 2015 (D.G.R.51-2485/2015, "Individuazione dei centri HUB nell'ambito del dipartimento della Rete Oncologica"):

- **Centri HUB:** centri sovraordinati, con maggiore specializzazione diagnostica e terapeutica, identificati sulla base di specifiche caratteristiche e competenze
- **Centri Spoke:** strutture di primo livello, generalmente i dipartimenti oncologici intraospedalieri, con possibilità di assistenza qualificata completa che copra la massima parte della diagnosi e cura delle principali patologie oncologiche con la stessa qualità di prestazione degli HUB

Il modello organizzativo generale di presa in carico in atto in Regione Piemonte prevede la presenza di Centri Accoglienza e Servizi (**CAS**) e Gruppi Interdisciplinari Cure (**GIC**), in modo da garantire un rapido accesso a pazienti con sospetto diagnostico ed un efficiente indirizzamento verso i relativi GIC di riferimento per il prosieguo dell'iter terapeutico-assistenziale.

10. CRITERI DI INGRESSO

Sono inclusi in questo PSDTA tutti i pazienti con diagnosi di elevato sospetto clinico o diagnosi anatomo-patologica confermata di CP. Tale diagnosi può essere evidenziata all'interno del percorso diagnostico in caso di:

- Sospetto clinico di lesione paratiroidea maligna (es. casi di iperparatiroidismo primario severo)
- Sospetto radiologico di lesione paratiroidea maligna, nell'ambito di approfondimenti diagnostici per sospetta patologia paratiroidea o in corso di valutazioni strumentali per altre patologie
- Rilievo anatomo-patologico di lesione paratiroidea maligna dopo intervento di paratiroidectomia (o altri tipi di interventi con exeresi di ghiandola paratiroidea)

Nel percorso PSDTA sono coinvolti:

- Reti Ospedaliere
- Dipartimento di Prevenzione
- Distretti Sanitari
- Medici di famiglia / Case della salute
- Servizi di cure domiciliari e palliative
- Hospice
- Servizi sociali ospedalieri e territoriali
- Progetto Protezione Famiglie Fragili
- Associazioni di pazienti e di volontari

Prevenzione primaria

Non sono stati individuati con certezza fattori di rischio clinici associati all'insorgenza di PC, salvo alcune evidenze di possibile aumento del rischio di insorgenza di PC in soggetti con storia di irradiazione a livello cervicale. Pertanto, non sono identificabili con certezza strategie di prevenzione primaria nell'ambito del PC.

Prevenzione secondaria

È rappresentata dai programmi di identificazione precoce della malattia in persone non affette. La maggior parte delle forme di PC è di insorgenza sporadica, ma una minoranza di casi insorge nell'ambito di una sindrome genetica. La principale è la sindrome iperparatiroidismo-tumore mandibolare (HPT-JT), malattia autosomica dominante causata da mutazione con perdita di funzione del gene *CDC73*, codificante per la proteina nucleare parafibromina. Fino al 15% dei pazienti affetti da questa sindrome sviluppa PC, associato solitamente a lesioni tumorali della mandibola/mascella. Altri casi di PC di derivazione genetica sono stati descritti nell'ambito delle sindromi da neoplasia endocrina multipla (MEN) 1 e 2° ma tali associazioni sembrano infrequenti.

Sebbene non esistano programmi di screening strutturati a livello nazionale o regionale, è ragionevole il monitoraggio dei parametri del metabolismo calcio-fosforico nei pazienti affetti da tali patologie genetiche (HPT-JT, MEN1 e MEN2A) con l'obiettivo di individuare precocemente alterazioni di tali parametri ed identificare eventuali casi di PC.

Prevenzione terziaria

È rappresentata dai programmi di follow-up dei pazienti liberi da malattia dopo i trattamenti come previsto dal PSDTA. Fa parte della prevenzione terziaria anche la riabilitazione oncologica, intesa come prevenzione delle complicanze correlate con la malattia e i suoi trattamenti, come supporto al recupero della migliore qualità della vita in ogni fase della

vita del, malato non solo dal punto di vista fisico, ma anche psico-sociale. Nel caso del CP aspetti cruciali possono essere correlati con le complicanze post-chirurgiche (es. disfonia, deficit nervi cervicali, ecc...).

Prevenzione socio-assistenziale

La Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta tutela i propri assistiti con l'erogazione, di fronte al solo sospetto diagnostico, dell'esenzione ticket 048. La richiesta dell'invalidità civile precocemente nell'iter diagnostico e, ove necessario, l'attivazione del Progetto Protezione Famiglie Fragili, costituiscono determinanti supporti socio-assistenziali per il malato, soprattutto in caso di malattia in stadio avanzato in persone a rischio socio-assistenziale.

Una prevenzione di tipo socio-assistenziale deve includere i *caregivers* sia in termini di riconoscimento dei benefici di legge (es. legge 104) ma anche alla luce del fatto che spesso essi stessi tendono ad ammalarsi maggiormente.

Gli Assistenti sociali di Rete Oncologica e le Associazioni di volontariato sono importanti interlocutori per questi aspetti.

11. DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PSDTA

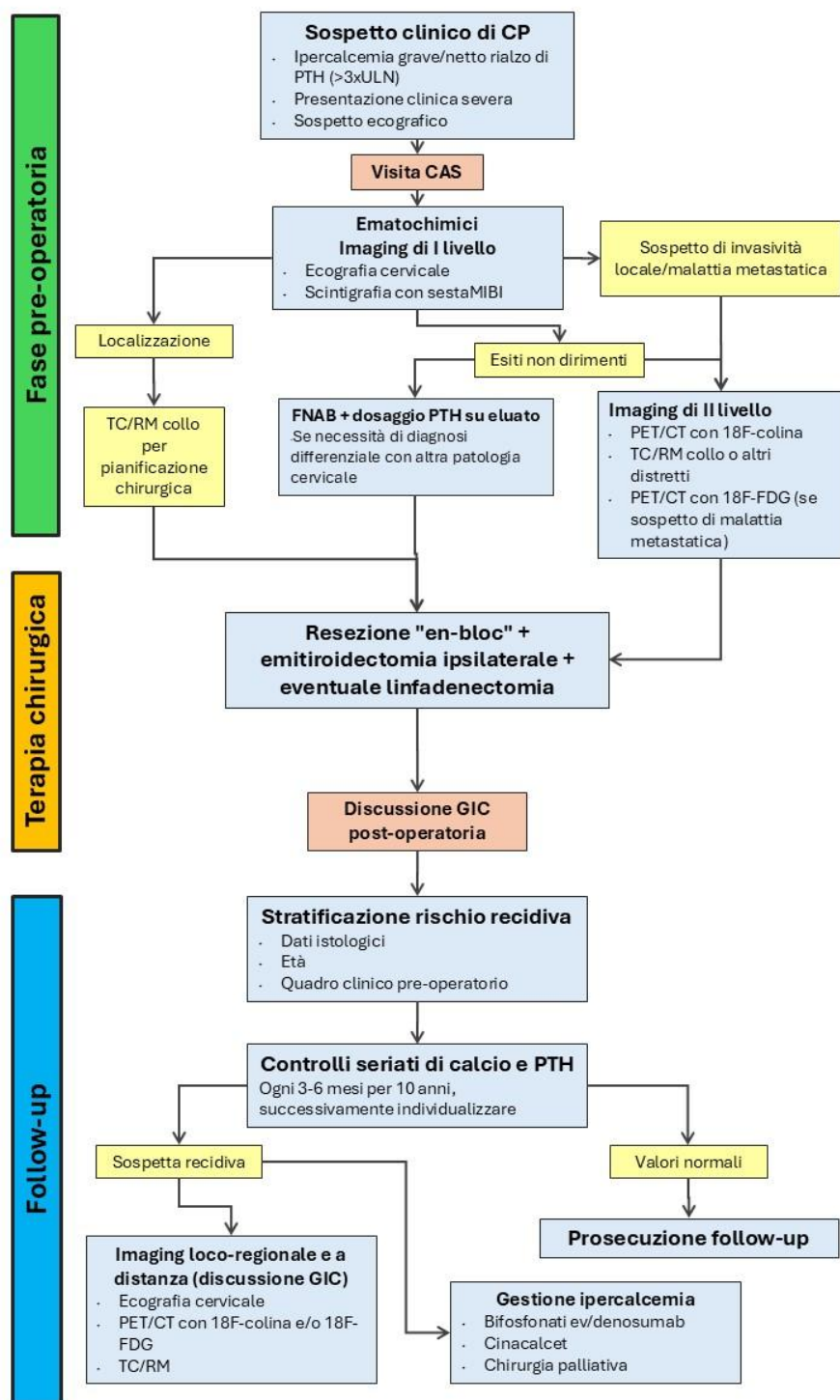
Attività	Descrizione	Timing richiesto
Visita CAS	<p>Le prestazioni fornite dal CAS sono le seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione medica, che può essere a sua volta centralizzata oppure eseguita da specialisti diversi secondo il modello dei CAS "delocalizzati". Il medico provvede a definire e richiedere i successivi accertamenti - Valutazione eventuale infermieristica secondo necessità: con definizione del fabbisogno assistenziale, psicologico e sociale - Gestione amministrativa eventuale secondo necessità: rilascio dell'esenzione 048 temporanea o definitiva; organizzazione del percorso diagnostico richiesto dal medico <p>Il CAS può gestire eventualmente gli esiti degli accertamenti eseguiti, comunicarli al paziente e provvedere alla presentazione della documentazione al GIC.</p>	La visita CAS va erogata entro 5 giorni lavorativi dalla richiesta
Definizione diagnostica e localizzazione della lesione paratiroidea Cfr all. 1	<p>In ogni caso sospetto di CP è indicato eseguire:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dosaggio di calcio totale, albumina, creatinina, calcio ionizzato, PTH, fosforo, 25OH vitamina D, fosfatasi alcalina (ALP), calciuria delle 24 ore - Ecografia cervicale - Scintigrafia (SPECT/CT) con 99mTc-SestaMIBI <p>Le metodiche sopra elencate, combinate tra di loro, permettono di identificare la maggior parte delle lesioni paratiroidee.</p> <p>Un'altra tecnica disponibile è la PET/CT con la 18F-colina come tracciante, in grado di fornire una migliore risoluzione spaziale rispetto alla SPECT/CT. In considerazione dei costi più elevati e della ridotta disponibilità del tracciante e/o della metodica, il suo utilizzo nella fase diagnostica iniziale del CP è generalmente da considerare in seconda linea (quando i risultati della scintigrafia sono negativi o dubbi/inconcludenti), valutandone l'impiego in prima linea solo in casi selezionati (ad es. lesioni paratiroidee molto piccole o ectopiche).</p> <p>La PET con 18F-FDG può essere valutata nella stadiazione iniziale del CP, in particolare per fornire dati sulla diffusione loco-regionale e a distanza della malattia, e nella diagnosi precoce in caso di recidiva.</p> <p>L'esecuzione dell'esame citologico sulla lesione paratiroidea sospetta non è indicata routinariamente e dovrebbe essere presa in considerazione solo in casi selezionati.</p>	

Pianificazione dell'intervento chirurgico Cfr. all. 1	Per la pianificazione chirurgica è indicata l'esecuzione di TC o RM collo , in particolare per valutare i rapporti della lesione paratiroidea con le strutture circostanti.	
GIC	<p>Il Gruppo Interdisciplinare Cure rappresenta il momento di valutazione multidisciplinare pre e postoperatoria del caso nel suo complesso, portando alla definizione di una strategia diagnostica e terapeutica condivisa. Il GIC deve prevedere la partecipazione dei seguenti specialisti necessari per una completa valutazione del caso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Endocrinologo/Oncologo medico - Chirurgo della Tiroide o ORL - Medico Nucleare - Infermiere dedicato <p>Devono inoltre essere disponibili su richiesta le seguenti figure professionali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anatomo patologo - Dietologo - Farmacista - Radiologo - Psicologo - Palliativista <p>In caso di non disponibilità di qualcuna delle discipline richieste è necessario far riferimento al GIC di un altro centro (possibilmente l'hub di riferimento territoriale). Nel regolamento dei GIC aziendali di patologia andranno descritte le figure coinvolte, le periodicità degli incontri, le modalità di svolgimento e di refertazione e l'eventuale modalità di invio ad altra sede qualora necessario. In seguito alla discussione multidisciplinare viene redatta una relazione scritta con le indicazioni terapeutiche stabilite e lo specialista a cui il caso viene affidato. La proposta è in seguito condivisa con il paziente nel rispetto delle rispettive caratteristiche cliniche e preferenze.</p>	Il GIC, qualora necessario in fase pre-chirurgica, deve avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.
Intervento chirurgico Cfr. all. 2	<p>Il trattamento chirurgico di prima scelta consiste nella resezione en bloc della neoplasia, insieme al lobo tiroide omolaterale, l'istmo ed eventuali muscoli pretiroidei coinvolti.</p> <p>L'esame istologico estemporaneo al congelatore è una procedura utile alla differenziazione del tipo di tessuto asportato, ma non è dirimente sulla natura maligna della lesione.</p> <p>Non è indicata routinariamente una linfadenectomia profilattica del comparto centrale, che deve essere valutata nei casi di tumori più grandi (>3 cm) e in caso di alto sospetto clinico di metastasi linfonodali.</p>	L'intervento chirurgico dovrebbe avere luogo entro 4 settimane dalla visita CAS.
Anatomia patologica Cfr. all. 3	<ul style="list-style-type: none"> - Esame citologico: l'indicazione all'esecuzione dell'esame citologico riguarda principalmente la determinazione della natura paratiroidea della lesione, mentre il ruolo nella differenziazione tra patologia paratiroidea benigna e maligna è molto limitato. L'impiego routinario dell'esame citologico nel sospetto di CP è, pertanto, sconsigliabile - Diagnostica istologica: Per la stadiazione, nel referto devono essere esplicitati tutti i parametri utili alla definizione dello stadio patologico TNM secondo UICC o AJCC nella versione più recente, esplicitando il sistema stadiativo utilizzato. Un modello di refertazione condiviso è proposto come Allegato 3. <p>L'accurata definizione diagnostica preoperatoria è possibile solo in una minoranza di casi per cui è utile l'esame intraoperatorio al congelatore. Il campione deve essere inviato a fresco il più velocemente possibile, corredato da notizie cliniche complete e dai valori preoperatori di PTH.</p> <p>L'informatività dell'esame, soprattutto per la conferma dell'asportazione di tessuto paratiroideo, è alta. In assenza di chiari segni di invasività la diagnosi definitiva va differita al materiale fissato in formalina.</p>	

<p>GIC post trattamento chirurgico</p>	<p>Al termine del percorso chirurgico viene effettuata rivalutazione collegiale in GIC.</p> <p>Non vi sono indicazioni ad eseguire routinariamente radioterapia dopo l'intervento chirurgico nei pazienti affetti da CP, in considerazione dell'assenza di studi randomizzati sull'argomento e la mancanza di dati certi su benefici clinici del suo utilizzo.</p> <p>Il suo utilizzo può essere preso in considerazione in casi selezionati durante discussione collegiale multidisciplinare.</p>	<p>Il GIC deve avere luogo entro 4 settimane dalla chirurgia</p>
<p>Gestione dell'ipercalcemia Cfr. all. 4</p>	<p>La terapia medica dell'ipercalcemia moderata-severa si avvale di varie linee di trattamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prima linea: idratazione, bifosfonati ev - Seconda linea: denosumab sc, calciomimetici - Terza linea: corticosteroidi, calcitonina <p>Il trattamento deve essere scelto in base alle caratteristiche cliniche del paziente, alla sua funzione renale e in funzione dell'entità dell'ipercalcemia e della velocità di correzione voluta.</p> <p>In caso di ipercalcemia non responsiva, può essere preso in considerazione il trattamento dialitico.</p>	
<p>Follow up e survivorship care Cfr. all. 5</p>	<p>Il follow-up è obbligatorio per ogni caso di CP ed è indicato proseguirlo a vita.</p> <p>Il follow-up biochimico consiste nel dosaggio di calcemia e PTH ogni 3-6 mesi per i primi 10 anni. Successivamente, il follow-up andrà continuato ma individualizzato al singolo paziente.</p> <p>In assenza di segni clinici e biochimici di recidiva, non è indicato follow-up imaging.</p>	
<p>Counselling genetico Cfr. all. 5</p>	<p>Non è al momento consigliata valutazione genetica routinaria nei pazienti affetti da CP, sebbene essa possa essere presa in considerazione in casi selezionati.</p>	
<p>Malattia recidivante/avanzata Cfr. all. 5</p>	<p>La recidiva di CP si manifesta con rialzo di PTH e calcemia.</p> <p>In caso di sospetta recidiva, per l'individuazione della lesione causa della stessa, è indicata l'esecuzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografia cervicale - PET/CT con 18F-colina ed eventuale PET/CT con 18F-FDG - TC/RM collo o di altri distretti coinvolti <p>In caso di recidiva di CP, deve essere valutata la possibilità di rimozione chirurgica della lesione. In caso di impossibilità di rimozione radicale, un trattamento chirurgico di debulking va preso in considerazione in caso di ipercalcemia refrattaria al trattamento medico.</p> <p>Al momento, non vi sono evidenze di efficacia di chemio- e immunoterapia nel CP avanzato, pertanto il ricorso a tali trattamenti deve essere valutato in casi selezionati previa discussione collegiale.</p>	
<p>Medicina Territoriale</p>	<p>In tutte le fasi della malattia deve essere mantenuto un rapporto costante con i Medici di Medicina Generale e con le strutture territoriali che possono fornire un importante supporto complementare alla terapia principale. Questo è particolarmente importante nelle fasi di crescita non controllata della malattia</p>	
<p>Cure Palliative</p>	<p>Si raccomanda di eseguire un consulto specialistico di Cure Palliative in tutti i casi di malattia avanzata con forte carico di sintomi o condizioni generali compromesse (ECOG PS \geq 2) a prescindere dalle opportunità di trattamento attivo. Anche l'occorrenza ripetuta di eventi acuti che richiedano l'accesso alle strutture di emergenza e/o il ricovero ospedaliero costituiscono indicatori importanti della necessità di presa in carico di cure palliative. Nelle fasi più avanzate della ma-</p>	

lattia, qualora non vi sia più indicazione a trattamenti attivi, si raccomanda l'attivazione di una assistenza continuativa di Cure Palliative a domicilio o in struttura Residenziale dedicata secondo indicazione PSDTA Rete Cure Palliative.

12. RAPPRESENTAZIONE SINTETICA DEL PSDTA



13. DIFFUSIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL PSDTA

Per favorire l'implementazione del PSDTA si possono prevedere le seguenti attività: 1) diffusione attraverso il sito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, 2) eventi formativi ECM rivolti agli operatori sanitari; 3) diffusione di brochure informative orientate all'utenza (esempio, versione semplificata tipo "flyer" del PSDTA); 4) pubblicazione del PSDTA sul sito aziendale; 5) altre iniziative promosse dalle Direzioni Aziendali volte a diffondere la cultura del miglioramento attraverso il PSDTA. Le Direzioni Aziendali provvederanno, per quanto di loro competenza, alla compilazione dell'allegato 1, atto a descrivere, passaggio per passaggio, la mappatura dei Servizi integrati nel PSDTA e a fornire i tempi di attesa per l'accesso agli stessi, oltre che, attraverso gli appositi strumenti a disposizione, di elaborare procedure per il monitoraggio degli indicatori; 6) condivisione e coinvolgimento delle Organizzazioni di volontariato (ODV).

14. VERIFICA DELL'APPLICAZIONE ED INDICATORI

La verifica dell'applicazione dei PSDTA viene effettuata attraverso le autovalutazioni e gli audit. Le autovalutazioni sono realizzate dal personale della struttura, gli audit interni da personale della Rete Oncologica della Regione Piemonte e quelli esterni da personale non appartenente all'organizzazione.

L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell'assistenza sanitaria erogata (National Institute for Health and Clinical Excellence 2002).

Il processo dell'audit clinico può essere rappresentato come un ciclo, costituito da cinque passaggi chiave, gerarchicamente subordinati:

1. identificare l'ambito e lo scopo dell'audit clinico;
2. definire i criteri e gli strumenti per il monitoraggio degli indicatori;
3. osservare la pratica e raccogliere i dati;
4. confrontare i risultati con gli standard;
5. realizzare il cambiamento.

Nella tabella che segue sono proposti gli indicatori di riferimento per quanto riguarda i tumori della tiroide sulla base dell'impatto clinico e organizzativo degli stessi e in accordo con raccomandazioni specifiche di linee guida di patologia o raccomandazioni di Rete.

N	Indicatore	Standard minimi/desiderabili
1	Proporzione di pazienti con CP con valutazione multidisciplinare dopo trattamento chirurgico	>90%
2	Proporzione di pazienti con refertazione patologica in accordo con modello proposto da Rete Oncologica	>90%
3	Pazienti con prima visita GIC entro 28 giorni da accesso CAS	>90%

15. AGGIORNAMENTO

È prevista una revisione biennale. In caso di novità diagnostico terapeutiche significative verranno effettuati aggiornamenti annuali.

16. ARCHIVIAZIONE

Si suggerisce fortemente l'archiviazione dei PSDTA su supporto informatico in modo da consentire l'immediata disponibilità ed accessibilità per la consultazione del personale.

17. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Per la definizione delle presenti linee di indirizzo sono stati utilizzati i seguenti documenti metodologici

- Direzione Generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Salute. Monitoraggio e valutazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, 2017.
- Linee di indirizzo nazionali sui Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali per le demenze, Tavolo per il monitoraggio del recepimento ed implementazione del Piano Nazionale Demenze 5/07/2017.
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità, 2017.
- PNLG. Manuale metodologico. Come produrre, diffondere e aggiornate raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002
- Raccomandazioni per la costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PSDTA) e Profili Integrati di Cura (PIC) nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, AReSS, 2007.
- Ripa F. I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. In "Il bilancio sociale e il bilancio di missione come strumenti per il governo clinico-assistenziale ed economico". ASL Torino 4, maggio 2008. Pp 53-67

18. ALLEGATI

Gli allegati sono frutto del lavoro dei Gruppi di Studio della patologia o contributi di altri gruppi di lavoro. Essi si riferiscono a specifiche procedure che possono essere soggette a frequenti aggiornamenti. Sono pubblicati sul sito delle Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta.

Allegato 1 : Percorso diagnostico pre-operatorio del carcinoma paratiroideo

Allegato 2 : Trattamento chirurgico del carcinoma paratiroideo

Allegato 3 : Modello di refertazione patologica per il carcinoma paratiroideo

Allegato 4 : Gestione medica dell'ipercalcemia nel carcinoma paratiroideo

Allegato 5 : Follow-up del carcinoma paratiroideo e gestione della malattia recidivante/avanzata

La Rete Oncologica con i suoi Gruppi di Studio e/o in collaborazione con altre istituzioni produce documenti di indirizzo, consultabili sul sito di Rete www.reteoncologica.it :

- . Assistenza infermieristica
- . Assistenza psicologica e sociale
- . Riabilitazione
- . Nutrizione
- . Gestione paziente anziano
- . Cure palliative
- . Problemi internistici del paziente oncologico
- . Gestione farmaci
- . Diagnostica anatomopatologica
- . Raccomandazioni generali per le vaccinazioni nei pazienti oncologici pubblicate nel 2022